

# TABACO E O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM BRASÍLIA

**MARÓSTICA, Izabella De Vicente**  
izabellamarostica@hotmail.com  
Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz

**Resumo:** *O objetivo deste trabalho é descrever o programa de Controle do Tabagismo realizado entre os trabalhadores do Ministério da Saúde e Órgãos Partícipes em Brasília. Para isso, foram utilizados dados retirados de relatórios consolidados dos grupos realizados no período de 22/04/2014 a 22/10/2015. Este estudo é importante para reconhecer o impacto da metodologia do Instituto Nacional do Câncer- INCA na busca da cessação do uso do tabaco em participantes do programa, contribuindo na avaliação da metodologia em questão, para reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente redução da morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, bem como, auxiliar os participantes na reflexão sobre a melhoria da qualidade de vida. O programa de Controle do Tabagismo realizado internamente no Ministério da Saúde logrou êxito. Dos 84 participantes, após 8 encontros, 39 (46,42%) dos participantes relataram ter cessado totalmente o uso do tabaco e 45 (53,54) dos participantes relataram ter mantido o uso do tabaco. Mostrando-se eficaz, pois o programa é considerado de sucesso quando 30 % dos participantes deixam de fumar.*

**Palavras-chaves:** *Controle do Tabagismo. Ministério da Saúde. Doenças. Tratamentos.*

**Abstract:** The aim of this study is to describe the Brazilian Tobacco Control Program conducted among employees of the Ministry of Health and the Participants Bodies in Brasilia. Therefore, it was used data taken from consolidated reports of groups carried out from 04/22/2014 to 10/22/2015. This study is important to recognize the impact of the methodology used by National Cancer Institute of Brazil (INCA) in the search of cessation of tobacco use in participants from this program, contributing to the evaluation of INCA methodology, to reduce the prevalence of smoking habit and the consequent reduction of morbidity and mortality related to the consumption of tobacco, and to assist participants in the reflection about improving the quality of their lives. The Brazilian Tobacco Control Program conducted internally at the Ministry of Health has succeeded. Among 84 participants, after 8 meetings, 39 (46.42%) of these participants reported having completely ceased tobacco use and 45 (53.54) participants reported keep using tobacco. Thus, the Program demonstrated to be effective once a program is considered successful when 30% of the participants quit smoking.

**Keywords:** *Tabacco control. Ministry of Health. Diseases. Treatments.*

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou derivados do tabaco entre as pessoas de ambos os sexos e de todas as idades e é considerado um grande problema de saúde pública mundial sendo classificada como uma doença crônica causando danos tanto à saúde de quem fuma como também aos não fumantes (INCA, 2007).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde em 2013, o percentual de fumantes acima dos 18 anos no Brasil, foi de 14,7% significando uma queda do percentual de 46% em relação ao período de 1989 a 2010. O estudo revela ainda que a frequência de homens fumantes é de 18,9% e de mulheres, 11% e que o cigarro industrializado foi o produto do tabaco mais consumido (IBGE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o tabagismo como uma epidemia global que causa 6 milhões de morte a cada ano, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Estimativas atuais mostram uma tendência, até 2030, em 8 bilhões as mortes atribuídas ao tabaco (WHO, 2008).

A OMS (WHO, 1983) conceitua fumante, ex-fumante e não fumante como:

Fumante regular: consumidor de, no mínimo, um cigarro diário por período não inferior a seis meses.

Fumante ocasional: o que fumava menos que um cigarro diário ou, esporadicamente, por período não inferior a seis meses.

Ex-fumante: tabagista que abandonou o cigarro há pelo menos seis meses.

Não fumante: o que não se encaixava em nenhum desses conceitos.

O relatório lançado pela OMS em 2015 sobre a Epidemia Global do Tabagismo (WHO, 2015), relatou a questão do aumento de impostos sobre os produtos de tabaco implementação das seis medidas mais efetivas para o controle de tabaco. Segundo o relatório, poucos países cobram níveis adequados de impostos sobre cigarros e outros produtos de tabaco e com isso, perdem de salvar vidas e gerar receita para maiores investimentos em serviços de saúde. O aumento de impostos é comprovadamente uma medida eficaz e de baixo custo para reduzir a demanda de tabaco.

O objetivo deste trabalho é descrever o programa de Controle do Tabagismo realizado entre os trabalhadores do Ministério da Saúde e Órgãos Partícipes através de dados retirados dos relatórios de consolidados dos grupos realizados no período de 22/04/2014 a 22/10/2015 reconhecendo o impacto da metodologia do Instituto Nacional

do Câncer- INCA na busca da cessação do uso do tabaco em participantes do programa. Os grupos de tratamento foram formados por homens e mulheres com idade entre 25 a 82 anos, totalizando 84 participantes.

## 2 TABACO E DEPENDENCIA DA NICOTINA

O tabaco, planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, dela é extraída uma substância chamada nicotina (CEBRID, 2003, p.40). É uma droga psicoativa que causa dependência biopsicossocial e ainda comportamental da mesma forma que o uso de outras drogas:

A dependência ocorre pela presença da nicotina nos produtos à base de tabaco. Esta obriga os fumantes a inalarem mais de 4.720 substâncias tóxicas, como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de 43 substâncias cancerígenas, sendo as principais: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (BRASIL, 2015).

Existem diversas maneiras para se consumir o tabaco e isso vai depender da sua forma de apresentação: inalado/inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha, cigarro de bali, cigarro de cravo, cigarrilha, bidis, narguilé); mascado (fumo de rolo, snuff); aspirado (rapé), absorvido pela mucosa oral (snus) (BRASIL, 2015), além dos dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina, sendo que os produtos serão maléficis à saúde do usuário, independente da forma que se apresentem.

A nicotina é o princípio ativo mais importante do tabaco que causa dependência levando o consumidor ao vício, além de ser uma substância cancerígena e que atua no sistema nervoso central chegando ao cérebro entre 7 a 19 segundos (BRASIL, 2015).

Segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2001), a dependência à nicotina conta com três componentes básicos: a dependência física, a dependência psicológica e o condicionamento.

A dependência física, de natureza biológica, é responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando se abandona o tabaco; a dependência psicológica é responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio, amigo ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, tristezas e com as pressões sociais e o condicionamento é oriundo de associações habituais de comportamentos com o fumar (fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras) (SARDINHA et al., 2005). Por

isso, o tratamento e o acompanhamento por profissionais da saúde são de suma importância para que o fumante abandone o uso do tabaco da maneira mais segura e eficaz evitando assim, as possíveis recaídas após período de abstinência e a “fissura” (desejo intenso de fumar).

O fumante ativo não é o único prejudicado por inalar a fumaça do cigarro contendo substâncias tóxicas e cancerígenas, o tabagismo atinge outros indivíduos, fumantes passivos, que também sofrem os efeitos imediatos do ato por conviverem com fumantes em ambientes fechados. É importante ressaltar que as doenças produzidas pelo tabagismo podem também acometer pessoas que nunca fumaram, mas estão expostas às mais de 4.000 substâncias químicas liberadas pela fumaça do cigarro. Em consequência disto, em 31 de maio de 2014 o Governo Federal promulgou o Decreto nº 8.262/14, que regulamentou a Lei Federal nº 12.546/11 e alterou o Decreto nº 2.018/96. Esta alteração é mais conhecida como “Lei Antifumo” em que se proíbe o fumo em local coletivo fechado ou parcialmente fechado em qualquer um dos lados, por uma parede, divisória, teto ou toldo. A lei também proíbe o fumo em áreas comuns de condomínios e clubes, extinguiu as áreas para fumantes e os fumódromos e também proíbe as propagandas comerciais de produtos fumígenos em todo País (BRASIL, 2015).

Os órgãos de vigilância sanitária irão fiscalizar o cumprimento da legislação e os locais ou estabelecimento comerciais que desrespeitarem as normas poderão ser multados e até perderem a licença de funcionamento (BRASIL,2015).

O Decreto nº 8.262/14 no seu Art. 3º, § 2º estabelece as exceções de proibições em recintos fechados em que, portanto será permitido fumar em:

I - locais de cultos religiosos de cujos rituais o uso do produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, faça parte;

II - estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para a experimentação de produtos dotados de condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação dos demais ambientes;

III - estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra;

IV - locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

V - instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista.

## **2.1 MÉTODOS UTILIZADOS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO**

O tratamento do tabagismo no Brasil está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 571 publicada em 05 de abril de 2013. (Portaria nº 571/2013).

O modelo de tratamento baseado na abordagem cognitivo-comportamental possibilita que o tratamento seja realizado em grupo ou individualmente, e tem como objetivo auxiliar o fumante a desenvolver habilidades que o auxiliarão a permanecer sem fumar. O apoio medicamentoso, quando necessário, é outro recurso usado no tratamento do tabagismo e disponibilizado na rede SUS (BRASIL, 2015).

Os medicamentos para o tratamento do tabagismo, principalmente, a terapia de substituição à nicotina, são consideradas de primeira linha e possuem um recurso importante e de muita valia para quem deseja abandonar o cigarro, pois servem para amenizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina. Desse modo, o tabagista sente menos ânsia ao parar de fumar, e isso facilita com que ele siga todas as orientações recebidas pela equipe de profissionais nas diversas sessões da abordagem intensiva.

O Ministério da Saúde disponibiliza os medicamentos para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona (BRASIL, 2015).

O tratamento farmacológico é recomendado para todo fumante acima de 18 anos, com consumo maior do que 10 cigarros/dia, sendo esta uma medida efetiva para a cessação do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2010).

No Ministério da Saúde em Brasília o tratamento medicamento é realizado com a utilização dos adesivos transdérmicos de nicotina nas dosagens de 21, 14 e 7 mg bem como a prescrição do medicamento Cloridrato de Bupropiona 150 mg pelo médico responsável pelo grupo, quando necessário. O tratamento medicamento não é usado isoladamente, e sim aliado à terapia comportamental cognitiva elaborada pela equipe multiprofissional. Em geral, os tabagistas são extremamente ansiosos e a terapia cognitiva trabalha com algumas técnicas eficazes para controlar a ansiedade. A equipe

oferece orientação de saúde como: alimentação saudável, pois eles têm muito receio de ganhar peso ao pararem de fumar, estimula à prática de exercícios físicos e também realiza várias atividades para incentivar os participantes a se manterem motivados e determinados para abandonar o cigarro.

### **3 PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO NO ÂMBITO DA CAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Em 1989, o Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil, criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Tendo como objetivo reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a morbimortalidade inerentes ao tabagismo, utilizando para isso várias estratégias, como a redução de iniciantes do tabagismo, promover a cessação de fumar; e para proteger a população contra o tabagismo passivo (BRASIL, 2015).

O Programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco” foi instituído pela Portaria GM/MS 300/2006, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas e curativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da Instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco (PORTARIA Nº 300/GM DE 9 DE FEVEREIRO DE 2006).

No Ministério da Saúde, em Brasília, a equipe da Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor – CAS lançou em 2007 o Programa de Controle do Tabagismo utilizando basicamente a metodologia do INCA/MS, obedecendo à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) que é o 1º Tratado Internacional de Saúde Pública, em vigor desde 2005. Este órgão mantém o programa em nível nacional, mas com algumas adaptações em relação ao número de especialistas participantes do tratamento, reverberando numa abordagem cognitivo-comportamental mais completa. O programa oferece orientação, tratamento, acompanhamento e apoio aos trabalhadores que desejam parar de fumar, sob a coordenação de uma equipe multiprofissional de saúde.

O trabalhador tem acesso ao programa, por intermédio de inscrições e entrevista que são divulgadas por meio da rede de computadores interna (intranet), cartazes colocados em todos os setores do órgão e indicação de participantes de grupos anteriores.

As ações do programa foram implementadas em cada grupo (de 15 a 25 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, durante doze semanas. São realizados, inicialmente, quatro encontros semanais, nos quais foram abordados os seguintes tópicos: sensibilização, problemas de saúde associados ao uso do tabaco, tratamento farmacológico, hábitos saudáveis (orientações nutricionais e de atividade física), controle do estresse, riscos de recaída e avaliação dos benefícios pela cessação do fumo. Posteriormente são realizados quatro encontros, com intervalo quinzenal, onde foram abordados assuntos diretamente relacionados com a experiência e as dificuldades encontradas pelos participantes para a cessação do uso do tabaco, a adesão ao adesivo transdérmico de nicotina, aos hábitos de vida saudáveis e como evitar as recaídas.

Em 2014, foram formados 2 grupos com 40 participantes no qual 9 eram trabalhadores do Ministério das Cidades, 21 eram do Ministério do Trabalho e Previdência Social e 10 eram do Ministério da Saúde. Já no ano de 2015 foram formados 2 grupos com 44 participantes onde 5 eram trabalhadores do Ministério das Cidades, 9 eram do Ministério do Trabalho e Previdência Social e 30 eram do Ministério da Saúde.

A resposta clínica positiva ao tratamento se dá quando o paciente deixa de fumar. Estudos mostram que um programa é considerado de sucesso quando 30% dos pacientes deixam de fumar após 12 meses. (INCA, 2001). O programa realizado internamente no Ministério da Saúde logrou êxito com o objetivo cumprido. Dos 84 participantes, após 8 encontros, 39 (46,42%) dos participantes relataram ter cessado totalmente o uso do tabaco e 45 (53,54) dos participantes relataram ter mantido o uso do tabaco.

A excelência dos resultados apresentados é atribuída ao trabalho da equipe multiprofissional formada por médico, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico e técnico de enfermagem que trabalham unidos com o objetivo de apoiar e incentivar os trabalhadores a abandonarem o tabaco e desfrutar de uma vida mais saudável. A equipe acredita que a construção de um vínculo de confiança, amizade e cumplicidade são fundamentais para que o fumante atinja o seu objetivo que é parar de fumar sem medo de recaída.

### **3.1 DOENÇAS RELACIONADAS AO USO DO TABACO**

Para o INCA, o conceito de tabagismo está relacionado ao rol de doenças identificadas na Classificação Internacional de Doenças – CID, conforme descrição:

O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997) e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL, 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Dessas, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral) (BRASIL, 2015).

As defesas do organismo são diminuídas com o uso do tabaco e em consequência disso, o fumante tende a aumentar a incidência de adquirir outras doenças como a gripe, tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, podendo também lhe causar: impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, complicações na gravidez, aneurismas arteriais, osteoporose, catarata, entre outras doenças. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2013).

### **3.2 TESTE DE FARGESTRÖM : DEPENDÊNCIA DE NICOTINA**

Karl Fagerström desenvolveu um teste chamado de Teste de Fagerström para dependência à nicotina (FTND). O principal objetivo deste teste é medir o grau de dependência de nicotina em fumantes. No Brasil, o teste foi validado por Carmo & Pueyo. Este teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples, sendo que para cada alternativa existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do grau de dependência de nicotina (PIETROBON et al, 2007).

O teste de dependência à nicotina é uma ferramenta de avaliação utilizada mundialmente e, portanto, todo fumante que deseja abandonar o tabaco deverá realizá-lo para estimar o seu grau de dependência à nicotina, pois quando se obtém o valor exato, o tratamento se torna mais eficaz.



Segue abaixo o questionário com as seis perguntas do teste de fagerström e as respectivas pontuações indicadas pelo teste.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? Dentro de 5 minutos (3)  
Entre 6 e 30 minutos (2)  
Entre 31 e 60 minutos (1)  
Após 60 minutos (0)
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?  
Sim (1)  
Não (0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?  
O primeiro da manhã (1)  
Outros (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?  
Menos de 10 (0)  
De 11 a 20 (1)  
De 21 a 30 (2)  
Mais de 31 (3)
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?  
Sim (1)  
Não (0)
6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?  
Sim (1)  
Não (0)

Karl Fagerström em 1978 estabelece os seguintes critérios e suas respectivas pontuações que permitem a avaliação do grau de dependência, ressaltando que quanto maior a pontuação obtida maior o grau de dependência do indivíduo:

Quadro 1: Escore para avaliação do Grau de Dependência identificado pelo questionário de Fagerström.

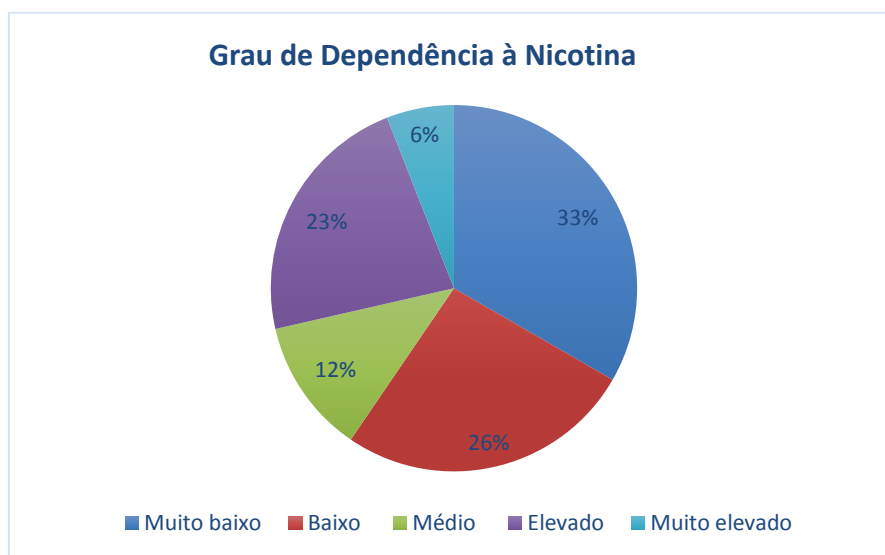
Grau de dependência	Pontuação
Muito baixa	0-2
Baixa	3-4
Média	5
Elevada	6-7
Muito elevada	8-10

O paciente que obtiver uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

### 3.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: RESULTADO DA PESQUISA

A partir do teste de Fagerström, seguem os resultados de dados retirados dos relatórios de consolidados dos grupos realizados no período de 22/04/2014 a 22/10/2015.

Fig 1 : Grau de dependência à nicotina

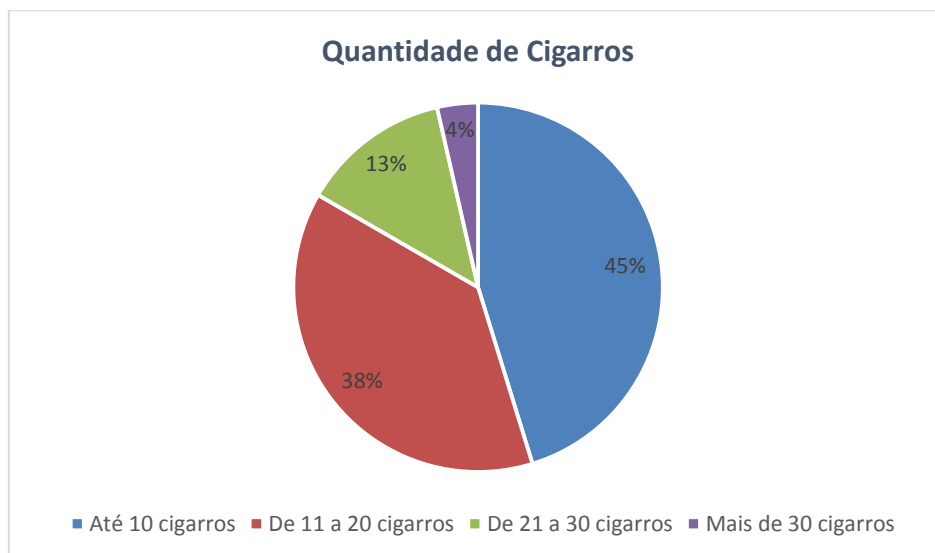


Dos 84 participantes, 28 (33%) dos participantes possuem grau de dependência à nicotina muito baixo, 22 (26%) possuem grau baixo, 10 (12%) possuem grau médio, 19 (23%) possuem grau elevado e apenas 5 (6%) possuem grau muito elevado. Isso significa que 50 (59%) dos participantes conseguem controlar o tempo, local e a quantidade de cigarros fumados diariamente.

#### *Quantificação dos cigarros consumidos pelos participantes dos grupos*

No que se refere ao número de cigarros fumados ao dia, foram encontrados os seguintes resultados:

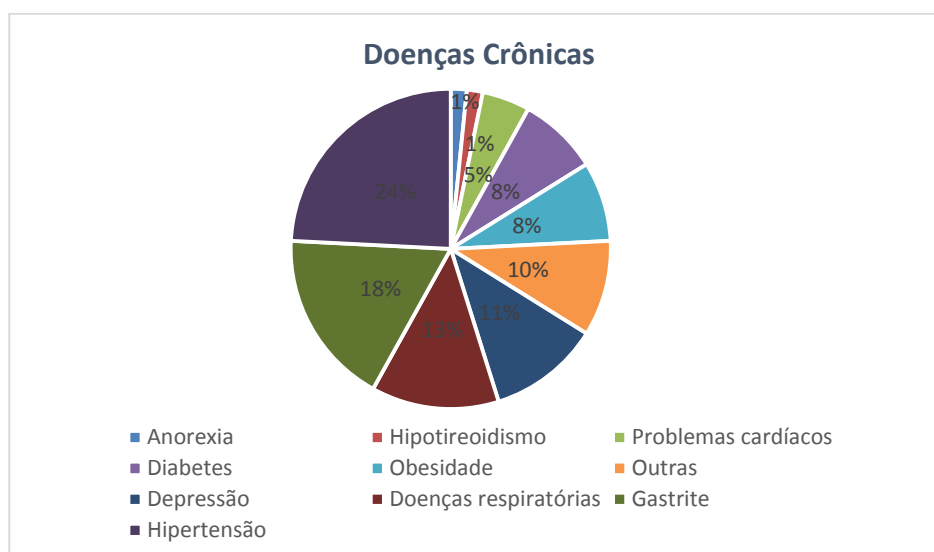
Fig 2 Quantidade de cigarros consumidos pelos 84 participantes dos grupos



Dos 84 participantes, 38 (45%) dos participantes fumavam até 10 cigarros, 32 (38%) fumavam de 11 a 20 cigarros, 11 (13%) fumavam de 21 a 30 cigarros e apenas 3 (4%) fumam acima de 30 cigarros por dia. A quantidade de cigarros fumados por dia é considerado um fator de relevância no teste de Fagerström, pois é através dele é que o médico prescreve a dosagem de nicotina, presente no adesivo transdérmico de nicotina, mais adequada para cada participante. Pessoas que fumam menos cigarros/dia, não necessariamente o abandonam mais facilmente, pois existem vários fatores no seu cotidiano que atrapalham o alcance do objetivo.

### ***Doenças crônicas relacionadas ao tabaco***

Segue abaixo o gráfico com as doenças crônicas relatadas pelos participantes dos grupos



Dos 84 participantes, 62 relataram algumas doenças crônicas que estão no rol de doenças relacionadas ao uso do tabaco. Sendo que, 15 (24%) dos participantes apresentaram hipertensão, 11(18%) gastrite, 8 (13%) doenças respiratórias, 7 (11%) depressão, 6 (10%) outras doenças, 5 ( 8%) obesidade e diabetes, 3 ( 5%) problemas cardíacos, 1 ( 2%) anorexia e hipotireoidismo.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A metodologia do INCA consegue garantir uma recuperação da saúde à longo prazo, no qual pode reduzir a incidência de doenças crônicas desde que as manutenções sejam feitas com a frequência prevista. Contribui ainda diretamente na adoção de hábitos saudáveis na medida em que incentiva a prática de exercícios físicos, reeducação alimentar, estratégias psicossociais de convivência com fumantes próximos, reflexões em relação à disponibilidade do tabaco na sociedade e tolerância na sua aquisição.

É importante ressaltar que não existe um tratamento mágico para o tabagismo, uma vez que o fumante é o protagonista de determinadas ações. O tratamento farmacológico aliado à terapia comportamental cognitiva tem demonstrado ser eficaz no processo de cessação do tabaco. O apoio medicamentoso tem papel importante no controle do tabagismo, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina devendo ser acompanhado de apoio comportamental, pois essa abordagem estimula o participante a ter o seu próprio controle, suas próprias técnicas para escapar do ciclo vicioso da dependência e torná-lo um agente de mudança do seu próprio comportamento.

Para que o Controle do Tabagismo seja mais eficaz a sociedade e os profissionais de saúde devem promover ações com estratégias na prevenção do uso de drogas, principalmente para os adolescentes; e o Governo deve disponibilizar o tratamento medicamentoso gratuito na rede do Sistema Único de Saúde/SUS a quem deseja parar de fumar, bem como, fazer campanhas publicitárias em rede nacional que incentivem a população tabagista a abandonar o tabaco, aumento de impostos para reduzir a demanda de tabaco e eliminar o comércio ilegal de produtos de tabaco.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário. 2013. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>> Acesso em: 25 de abril de 2016.

BAHLS, S. C; NAVOLAR, A.B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. Curitiba. PsicoUTPOnline, 2004. Disponível em: <[http://necpar.com.br/uploads/material/390terapia\\_cognitiva\\_bahls.pdf](http://necpar.com.br/uploads/material/390terapia_cognitiva_bahls.pdf)> Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

BALBANI, A.P.S; MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Revista Brasileira de otorrinolaringologia. Parte 1: novembro/dezembro 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf>> Acesso em 20 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2015. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo)> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Agência de notícias. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home>> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Derivados do tabaco. Assuntos de interesse. Danos a saúde. 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco...>> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2015. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/a\\_politica\\_nacional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional)> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2015. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo)>Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2015. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/tratamento\\_tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/tratamento_tabagismo)> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabagismo. 2015: Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/lancado\\_o\\_relatorio\\_da\\_oms\\_sobre\\_a\\_epidemia\\_global\\_de\\_tabagismo\\_2015](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/lancado_o_relatorio_da_oms_sobre_a_epidemia_global_de_tabagismo_2015)

Acesso em: 25 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 300/GM DE 9 DE FEVEREIRO DE 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 571 de 05 de abril de 2013. Diário Oficial da União de 08 de abril de 2013, p. 56 e 57. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Brasília, 31 de maio de 2014; 193ª da Independência e 126ª da República. Disponível em: >

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm)>

Acesso em 23 de novembro de 2015.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livro Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Unifesp Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina: CLR Balieiro, 2003. P. 40 - 42. Disponível em:

[http://www.sead.ufsc.br/bibliotecas/files/livreto\\_informativo\\_sobre\\_drogas\\_psicotropicas.pdf](http://www.sead.ufsc.br/bibliotecas/files/livreto_informativo_sobre_drogas_psicotropicas.pdf) Acesso em 20 de janeiro de 2016.

HALTY, L.S; HÜNTNER M. D; NETTO, I.O; FENKER, T; PASQUALINI, T; LEMPEK, B; SANTOS, A; MUNIZ, A. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. J. Pneumologia, São Paulo, vol.28, no.2, Mar./Apr. 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18 de abril de 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acesso em: 25 de abril de 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo. Um grave problema de Saúde Pública. 1ª edição. 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

NUNES, SOV., and CASTRO, MRP., orgs. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento [online]. Londrina: EDUEL, 2011. 224 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> ISBN 978-85-7216-675-1. Available from SciELO Books Acesso em: 23 de novembro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. MPOWER. Genebra, 2008. Disponível em:

<file:///C:/Users/Fabiana/Downloads/Tabaco%20ebook.pdf> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the conduct of tobacco smoking among health professionals. Report of a WHO. Meeting Winnipeg, Canadá. 7-9 de julho, 1983. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66865>> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the global tobacco epidemic, raising taxes on tobacco. MPOWER. Genebra, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1)> Acesso em: 23 de novembro de 2015.

PIETROBON, R. C; BARBISAN, J. N; MANFROI, W. C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência Rev HCPA 2007;27(3):31-6. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/461/1647>> Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

SARDINHA. A; OLIVA. A; D´AUGUSTIN. J; RIBEIRO. F; FALCONE. E. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev. bras.ter. cogn. v.1 n.1. Rio de Janeiro jun. 2005. Disponível em:< [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010). ISSN 1982-3746. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Tabagismo - Parte 2. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.56 no.3 São Paulo. 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300006) ISSN 0104-4230. Acesso em: 20 de janeiro de 2016.